

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Янушкевич А.А., Шмаков А.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) по-прежнему остается серьезной лечебно-диагностической проблемой в хирургии. Интерес к нему обусловлен тем, что это одно из наиболее частых и тяжелых гнойно-септических заболеваний.

Исходы ОГО нередко превращаются в ортопедическую проблему и могут заканчиваться инвалидностью. Отдаленные результаты его лечения принято делить на хорошие, удовлетворительные и плохие. По мнению Державина В.М., хорошими результатами являются те, когда наблюдается полное выздоровление, нормальное физическое

развитие, а при рентгенологическом исследовании нет костных изменений. Удовлетворительную оценку дают в тех случаях, когда имеется укорочение конечности до 2см без деформации, а рентгенологически в кости также не выявляется деструктивных изменений. Плохим результатом считают в том случае, когда имеется укорочение более 2см в сочетании с различными деформациями или без них, а при рентгенологическом исследовании обнаруживается деструкция кости или патологический вывих.

Плохие результаты, по данным Державина В.М. составили 15%, Кононова В.С. – 7,5%, Григовича В.И. – 11,4%.

Основными причинами инвалидности детей, перенесших ОГО, являются укорочение и деформация конечности. В возникновении и прогрессировании изменений формы и размеров костей существенную роль играет степень повреждения эпиметафизарного хряща и эпифизов, за счет которых осуществляется рост кости в длину. На основании анализа клинико-рентгенологических данных при локализации остеомиелитического очага в метафизе длинных костей Гайко Г.В. выделил 3 вида поражения ростковой зоны.

Первый вид – реактивные изменения. Имели место при локализации остеомиелитического очага в отдаленных от эпифизарного хряща участках.

Второй вид – стойкое нарушение функции. Наблюдается при расположении гнойного очага вблизи ростковой зоны.

Третий вид – разрушение. Установлен у больных при локализации остеомиелитического очага вблизи ростковой зоны и распространении воспалительного процесса на эпифиз.

Выделены также 3 вида изменений в эпифизах. I вид – полное разрушение, II вид – частичное разрушение, III вид – отсутствие изменений в остром периоде заболевания и поздняя деформация, обусловленная вторичными нарушениями развития.

Материалы и методы. Анализу подверглись истории болезни 4-х детей, находившихся на лечении в отделении травматологии и ортопедии ВДОКБ с поздними осложнениями ОГО в период с 1999 по 2002 год; а также истории этих детей в период острого процесса. Время, прошедшее после перенесенного остеомиелита до развития поздних осложнений, составило от 8 мес. до 8 лет.

Результаты. Среди детей были 3 мальчика и 1 девочка. Двое детей перенесли ОГО в грудном возрасте, один – в возрасте 2 года, и еще один – в возрасте 12 лет. Сроки поступления детей в стационар от начала заболевания составили от 1 до 20 дней. При анализе возможных провоцирующих причин остеомиелита было выявлено, что мать

одного ребенка имела токсикоз в первой половине беременности, а также страдала хроническим пиелонефритом. После рождения у ребенка развился гнойный конъюнктивит. Еще у одного ребенка имела место внутриутробная инфекция.

Общее лечение включало антибактериальную, дезинтоксикационную, иммунокорригирующую терапию. Применялись различные методы местного лечения: пункция суставов в 3-х случаях, вскрытие параоссальной флегмоны — в 2-х случаях, остеоперфорация — в 1-м случае. Использовалось скелетное вытяжение, клеевое вытяжение, наложение гипсовой лангеты.

В процессе лечения остеомиелита у 2-х детей развился патологический вывих бедра: у одного ребенка диагностирован в ходе лечения, у другого — после выписки из стационара. Двое детей не имели ранних осложнений ОГО, однако, среди факторов, возможно, оказавших влияние на развитие поздних осложнений следует выделить присоединение у одного ребенка ОРВИ и раннее прекращение функционирования скелетного вытяжения у другого.

После перенесенного ОГО до госпитализации в отделение ортопедии прошло от 8 мес. до 8 лет. У троих детей были обнаружены нарушения развития проксимального метаэпифиза бедренной кости, у одного — дистального метаэпифиза бедренной кости и проксимального метаэпифиза большеберцовой кости.

Выводы.

1. Поздние осложнения гематогенного остеомиелита встречаются у детей, перенесших острый процесс как в раннем, так и в более старшем возрасте.

2. Среди факторов, оказывающих влияние на формирование поздних осложнений острого гематогенного остеомиелита необходимо отметить ошибки в диагностике и лечении, а также, возможно, присоединение сопутствующей патологии, снижающей реактивность организма.

3. Учитывая значительный временной интервал до момента формирования поздних осложнений ОГО важно качественно проводить диспансеризацию и реабилитацию детей.

Литература

1. И. С. Венгеровский. "Остеомиелит у детей". М., 1964.
2. М. В. Гринев "Остеомиелит". Л.: Медицина, 1977.
3. В. С. Кононов. "Гематогенный остеомиелит у детей". М., 1974.
4. В. И. Ковальчук "Острый гематогенный остеомиелит у новорожденных". Гр., 1998
5. М. В. Волков. "Ортопедия и гравматология детского возраста". М., 1983
6. А. А. Кутин, Н. И. Мосиенко "Гематогенный остеомиелит". М., 2000